REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E.-J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . **10f** | Étranger. **12f**

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

2e Année. N° 17. 1er Décembre 1881.

REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX (1)

CLINIQUE DU Dr CH. FAUVEL

Paralysie de la corde vocale inférieure gauche produite par une compression ganglionnaire.

Par G. Coupard, Chef de clinique.

M. R..., trente-neuf ans, employé d'un ministère, se présente le 5 juillet 1880 à la clinique laryngoscopique du Dr Ch. Fauvel.

La voix présente différents caractères selon la position de la tête et du cou. La tête étant fixe, la voix est fortement voilée, mais peut encore être entendue à une certaine distance. Si elle est tournée à droite, le timbre augmente un peu; tournée à gauche, l'aphonie est presque complète.

(1) L'importance du Compte-rendu du Congrès de Londres (section d'otologie), nous oblige à faire une moins large part aux travaux originaux.

De taille moyenne, d'une ossature assez forte, il est pâle, maigre et porte sur sa figure l'empreinte de l'ennui et de la souffrance.

Jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans, sa santé avait toujours été très bonne. A cette époque, il vient habiter, au commencement de l'hiver, un pays de montagnes, froid, et humide. Durant cette saison, il contracte plusieurs rhumes, sa santé s'altère. C'est alors qu'il constate un affaiblissement de la voix lorsqu'il penche la tête du côté gauche.

Cette aphonie l'inquiète; il cherche à quelle cause il peut l'attribuer. Il occupe ses loisirs à l'étude du violon et pense qu'il s'est développé sur la partie du cou, servant de point d'appui à son instrument, une inflammation qui s'est étendue jusqu'au larynx.

Les gargarismes, les topiques qu'il emploie, n'amènent aucune amélioration.

Deux ans après, il vient à Paris. Pendant tous les hivers, sa santé s'altère de plus en plus, son appétit disparaît, ses forces diminuent considérablement. Aux premiers froids, il constate sur les mains, les bras et les jambes, la chute des poils, puis, quelques jours après, apparaît aux mollets et aux poignets une légère éruption lichenoïde.

Au printemps, ses forces renaissent, l'appétit revient, les poils repoussent et l'éruption disparaît.

Aussi, à chaque rechute, vit-il dans une certaine insouciance de son état comptant sur un été réparateur.

Au début de l'hiver 79-80, les symptômes précédents augmentent d'intensité: il les attribue au froid plus rigoureux, mais la belle saison, cette fois, ne corrige pas le mal de l'hiver.

C'est alors qu'il pense à se faire soigner et qu'il vient nous consulter.

5 *Juillet* 1880. — Lors de notre premier examen, la muqueuse du voile du palais est décolorée comme dans la phymie laryngée. Les amygdales sont volumineuses et permettent à peine l'introduction du miroir laryngien.

Examen laryngoscopique. — L'épiglotte est saine, ainsi

que toute la muqueuse de l'infundibulum laryngien. Le cartilage aryténoïde gauche est immobile, renversé un peu en dehors et en dedans du larynx, de telle sorte que la corde vocale qui lui correspond étant moins tendue, a subi une incurvation interne et un éloignement de l'axe glottique. Elle est moins large que sa congénère et la corde vocale supérieure s'affaisse sur elle, effaçant tout espace ventriculaire.

Le côté droit est normal, seulement le cartilage aryténoïde droit n'étant plus soutenu par le gauche, bascule un peu plus, dépasse, ainsi que sa corde vocale inférieure, le milieu de l'espace interaryténoïdien pour diminuer l'insuffisance glottique.

A l'extérieur, nous trouvons au niveau du cartilage cricoïde, sous le sterno-cleido-mastoïdien gauche, une tumeur du volume d'une grosse amande paraissant plus convexe sur sa face profonde. Elle est dure et non adhérente ; le malade nous dit l'avoir sentie dès le début de son affection.

A droite et surtout à gauche en plongeant profondément les doigts entre l'espace œsophago-laryngien, on sent un chapelet ganglionnaire.

Rien du côté de la poitrine, ni du côté du cœur. Le malade nie d'abord toute espèce d'accidents syphilitiques, mais en insistant et en l'aidant dans ses recherches, il nous avoue un mois après, qu'à l'âge de vingt ans il avait eu sur la partie inférieure du gland une petite ulcération qu'il avait prise pour de l'herpès. Il n'en reste nulle trace ; nous ne découvrons non plus aucun ganglion ni à l'aine, ni aux aisselles, ni à la région cervicale postérieure.

L'absence de lésions pulmonaires et cardiaques, l'état normal de la muqueuse laryngienne nous font insister davantage dans notre interrogatoire sur les antécédents syphilitiques, cause fréquente de cet état ganglionnaire fort souvent moins apparent, et, comme conséquence, de la paralysie des cordes vocales inférieures.

Le traitement consiste en iodure de potassium, 4 gr. par jour, badigeonnage de teinture d'iode, sur les parties latérales du cou, douche en jet de quinze secondes,

trois fois par semaine, et électricité directement sur les cordes vocales.

Un mois après, le gros ganglion a notablement diminué, la voix est meilleure ainsi que l'état général.

Au mois de janvier, malgré deux mois d'un froid assez vif et humide, la santé reste bonne, la chute des poils et l'éruption ont été insignifiantes.

La tête fixe ou tournée à droite la voix est bonne : fortement inclinée à gauche ; elle est encore voilée, mais aussi forte que celle émise autrefois dans la meilleure position.

Le malade a interrompu de temps en temps son traitement. Dans ces intervalles, il prend, avant chaque repas, une cuillerée à café d'arseniate de soude 0,05 centig. pour 100 gr. d'eau, un verre à madère de vin de Mariani après chaque repas, et tous les matins, en se levant, une prise de poudre sulfureuse Simon, dans un demi-verre de lait tiède.

Il ne prend maintenant l'iodure qu'à la dose de 2 gr. par jour.

Octobre 1881. — Le malade a beaucoup engraissé, son teint est coloré, il a retrouvé toute l'activité qu'il avait perdue depuis fort longtemps.

Son ganglion sous-sterno-mastoïdien n'a pas complètement disparu. On ne sent plus ceux du sillon œsophago-laryngien.

La corde vocale inférieure gauche a recouvré une certaine motilité et si le timbre de la voix, depuis le mois de janvier dernier, n'a pas augmenté d'une façon très sensible, M. R..., peut parler longtemps, donner des intonations d'une certaine pureté et renoncerait maintenant à tout traitement si nous n'insistions d'une façon énergique, en lui faisant espérer une guérison absolue.

Réflexions. — Bien que les cas de ce genre ne soient pas absolument exceptionnels, ils sont cependant assez rares pour ne pas être passés sous silence lorsque l'on a l'occasion de les observer. Chez notre malade, nous avions en quelque sorte sous la main la cause de la paralysie de la corde vocale ; mais combien de fois, au contraire, est-on obligé de se livrer à des recherches minu-

tieuses pour découvrir le point où se fait la compression et pour porter un diagnostic exact ; car les mêmes phénomènes peuvent être observés dans les cas d'adénopathie trachéo-bronchique, lorsque l'un des récurrents est comprimé dans son trajet par un ganglion tuméfié, compression qui peut, chez quelques jeunes enfants, déterminer des accès de suffocation graves et quelquefois mortels. D'autres fois, la compression est faite par l'un des lobes du cops thyroïde hypertrophié, par une tumeur anévrysmale, par le sommet du poumon induré, ou divers néoplasmes. Il est donc de la plus haute importance de savoir reconnaître d'abord la lésion elle-même et ensuite la cause qui la produit, afin de diriger contre cette dernière une médication appropriée.

G. Coupard.

CONGRÈS DE LONDRES

Section d'otologie.

Présidence du Dr William Dalby.

Séance du mercredi 3 Août.
(The Assembly Room, Royal academy of Arts, Burlington House.)

M. le président est entouré de deux vice-présidents : MM. Cassels, de Glascow, et Fitz-Gérald, de Dublin, et des secrétaires des séances, dont la complaisance a été au-dessus de tout éloge, qui sont MM. Urban Pritchard et L. Purves

Après le discours d'ouverture, prononcé par M. Dalby président de la section, dans lequel il souhaite la bienvenue aux membres du congrès et expose le programme des questions qui vont leur être soumises, il ouvre la séance en donnant la parole à M. Paquet pour la lecture de son mémoire sur la *Description d'une Modification de la Myringodectomie pour la Sclérose de l'Oreille*.

La Myringodectomie que je propose et que j'ai employée avec succès, dit cet auteur, est une combinaison

du procédé de Weber Liel, dans lequel on fait la section du tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan, et du procédé dans lequel on pratique une incision, avec ou sans excision d'une partie de la membrane. La lame du couteau dont je me sers a deux millimètres d'épaisseur et quatre de largeur, courbée légèrement, comme une faux.

Le procédé est le suivant : — Une ponction est faite à 1 millimètre 1/2 au-devant du marteau, et la membrane est divisée obliquement en bas et en arrière, de façon à ce que l'extrémité inférieure de l'incision soit située à moitié chemin entre le centre et la périphérie, et dans un point où une ligne tirée du centre verticalement en bas le rencontrerait. Cette incision divise non seulement la membrane, mais aussi le tendon réfléchi du muscle tenseur, ou au moins le ligament tenseur de Toynbee. Puis on fait une seconde incision dans le segment postérieur à deux millimètres du manubrium et parallèlement à lui, puis qui passe en avant pour rejoindre l'extrémité inférieure de la première incision.

En maintenant une portion de l'extrémité inférieure du V formant un rideau ainsi taillé, la perforation est rendue durable.

M. Cassels (de Glascow). — Répond par une étude des indications de la myringodectomie.

M. Gellé — Demande quelles conditions physio-pathologiques naissent de l'opération de M. Paquet, capables d'expliquer la persistance de la perforation.

La plupart des membres confessent avoir eu peu de cas de conservation de la perforation chirurgicale, et approuvent fort peu une opération aussi radicale.

M. Sapolini. — Demande qu'on n'oublie pas le grand rôle physiologique de la cloison tympanique, et dit qu'on doit être ménager des coups qu'on lui porte.

M. Paquet. — Répond qu'il a pratiqué l'opération sur près de 300 cadavres, et que deux fois au moins il a eu occasion de l'employer avec succès sur les vivants.

M. Guye (d'Amsterdam) et M. Voltolini. — Donnent succinctement les indications classiques de la myringodectomie.

M. Urban Pritchard. — Avons-nous réellement le droit de courir le risque de causer à un malade une douleur violente, pour courir après un succès absolument incertain ?

Séance du jeudi 4 août.

M. James Patterson Cassels (de Glascow). — Lit un Mémoire sur l'étiologie des exostoses de l'oreille et de leur ablation par une nouvelle méthode. Les tumeurs osseuses du conduit auditif externe sont de deux espèces, l'une appelée hyperostose, qui est de l'hyperplasie ; l'autre, exostose, qui est une production nouvelle.

Elles diffèrent entre elles par leur origine, leur forme, leur structure et leur nombre.

L'hyperostose n'est jamais observée tant que le conduit externe n'est pas complètement ossifié ; l'exostose aparaît avant la complète ossification du conduit. L'exostose naît d'un point voisin de l'union du canal osseux au canal membraneux ; l'hyperostose n'est vue que dans la partie interne ou l'extrémité osseuse du conduit auditif externe. L'hyperostose est toujours une tumeur conique, jamais pédiculée ; celle de l'exostose est toujours pédiculée et de forme variable. L'hyperostose présente la dureté de l'ivoire ; l'exostose, avant que la tumeur ne soit complètement ossifiée, peut être percée jusqu'à une certaine profondeur. L'hyperostose est immobile sous la pression; l'exostose est mobile, même lorsque l'ossification est complète. L'hyperostose est observée souvent sans autre affection de l'oreille, et si une autre affection existe, il n'y a aucune relation de causalité entre elles ; elles coexistent entièrement indépendantes l'une de l'autre. L'exostose est presque toujours compliquée d'une autre affection, actuelle ou passée. Pour cette raison l'hyperostose peut exister avec une ouïe normale. L'exostose est toujours accompagnée de troubles auditifs. La surdité qui accompagne l'hyperostose est due à la grande dimension de la tumeur, si aucune autre maladie n'existe; elle est surtout mécanique, ou bien elle est due à la présence de débris entre ou derrière les tumeurs. Dans l'exostose, la surdité peut être aussi mécanique ; mais en général elle est due à une autre affection de l'oreille, présente ou passée, indépendante de l'exostose.

L'opération pour l'ablation de l'hyperostose n'est justifiable que lorsque la surdité ne peut être expliquée que

par sa présence, ou bien lorsqu'il existe une sécrétion de l'oreille dont l'écoulement est gêné ou empêché par sa présence. La cause la plus fréquente de la surdité dans l'hyperostose, est la présence de débris autour des tumeurs, ou cérumen, de masses épidermiques, ou d'autres substances, ou de l'inflammation des tissus qui la recouvrent. L'opération, pour l'hyperostose, se fait le mieux à l'aide d'un foret mécanique, analogue à celui que les dentistes emploient ; c'est l'instrument le plus sûr, et le seul utile pour l'ablation de la tumeur.

Pour l'opération de l'exostose, la gouge est le meilleur instrument, parce que la tumeur peut être extirpée en une fois, tandis que l'hyperostose demande généralement plusieurs opérations, et plusieurs séances, pour sa complète extirpation, si toutefois celle-ci est possible. Il peut y avoir plusieurs hyperostoses dans une même oreille, mais il n'y a jamais qu'une seule exostose. Les deux espèces de tumeurs peuvent coexister dans la même oreille.

M. Gellé. — D'après l'importance du travail statistique de M. Cassels, je pense que cet auteur a dû observer un nombre considérable d'exostoses dans son pays, et je dois avouer que je suis frappé du peu de cas observés dans ma pratique des dix dernières années à Paris (4 cas d'exostoses goutteuses). Il est fort probable que le climat de Glascow fournit plus de cas que le climat parisien.

M. Lowenberg. — Je dois dire cependant que, contrairement à M. Gellé, j'ai eu souvent l'occasion de voir des exostoses à Paris, et je m'étonne du petit nombre de cas observés par mon confrère.

M. Gellé. — Si ces différences géographiques de la fréquence de l'exostose du conduit se confirmaient, on serait peut-être sur la voie de l'explication des exostoses exclusivement trouvées sur les crânes de certaines peuplades préhistoriques du Nouveau-Monde.

A ce propos, M. Gellé donne les résultats de l'étude de soixante crânes de Têtes-Plates et de Péruviens, de la collection du Musée d'anthropologie de Paris et les dessins des lésions osseuses trouvées sur seize de ces crânes. Sur dix d'entre ces crânes, on constate des exostoses nombreuses, bilatérales pour la plupart, et dont le nombre est souvent multiple, une tumeur osseuse existant sur la paroi antérieure et l'autre sur la postérieure.

En général, la tumeur osseuse logée sur la paroi antérieure, naît de la partie supérieure de la paroi osseuse antérieure, au

niveau de la scissure de Glaser, et forme des saillies en stalactites, en choux-fleurs, en éventail, qui obturent plus ou moins la lumière du conduit. Souvent il en croît aussi vers l'attache inférieure de cette lamelle osseuse antérieure du conduit auditif, et les deux tumeurs inégales fouillées de crevasses et mamelonnées de saillies, peuvent se rencontrer et rétrécir ainsi et même obturer totalement le canal.

Il est curieux de constater que la forme des tumeurs osseuses, nées sur la paroi postérieure ou mastoïdienne de ce conduit, diffère notablement des précédentes. Au lieu de cet aspect lacinié, déchiqueté, dentitrique, décrit plus haut, on trouve des saillies arrondies, des élevures à base large, faisant corps avec la paroi, déformant la courbure générale du canal, et qui vont à la rencontre des masses pédiculées de la paroi antérieure, sans se détacher du plant qui leur sert de base. Cela semble plutôt un soulèvement de l'os qu'une végétation osseuse. (Numéros 2, 3, 4 6, de la collection dessinée.)

Les altérations trouvées sur les six crânes de la dernière catégorie, sont constituées par des atrésies plus ou moins complètes de la portion osseuse du canal ; les parois marchent à la rencontre l'une de l'autre, de manière à se toucher presque, laissant une lumière d'une demi-ligne à une ligne de large et plus ou moins haute, donnant l'aspect tantôt d'un infundibulum, tantôt d'une coquille bivalve, etc., de façon à rendre impossible la vue du cadre tympanal.

Ces déformations n'ont pas les caractères des altérations décrites précédemment. Des coupes n'ont pu être pratiquées ; elles seraient indispensables pour juger de la nature de ces altérations des parois du conduit auditif externe, trouvées sur les crânes préhistoriques.

M. Knapp (de New-York). — Donne les résultats des examens qu'il a pratiqué sur 250 crânes de maçons américains, et sur lesquels il a trouvé 44 exostoses, occupant la partie postérieure du conduit, il suppose que ces tumeurs ont pu être le résultat de l'irritation produite par le séjour prolongé de corps étrangers dans le conduit auditif.

M. Urban Pritchard. — Rapporte l'observation curieuse d'une exostose qu'il a perforée et traitée ensuite par des cautérisations à l'acide nitrique, deux mois après le tissu osseux se ramollit assez pour être éliminé.

M. Laurence Turnbull. — Lit un mémoire sur les excroissances morbides de l'oreille et de leur traitement.

Toutes les excroissances morbides de l'oreille peuvent être comprises sous les chefs suivants :

1. — Sébacées, enkystées, caséeuses, osseuses, fibreuses, fibro-cartilagineuses, et télengiactatiques ou tumeurs sanguines, associées aux caries de l'os temporal ou de l'apophyse mastoïde, et comprenant le nerf auditif ou quelques-unes de ses branches.

2. — Excroissances morbides, comprenant les angiomes, les épithéliomas, sarcomes, chondromes, et les tumeurs alvéolaires. Celles-ci peuvent remplir le méat externe ou le conduit auditif interne et intéresser finalement le nerf auditif entraînant la mort par le marasme, par la compression du cerveau, ou par la méningite.

3. — Des osteo-sarcomes, chondromes, lympho-sarcomes, compromettant les troncs communs des nerfs, auditifs, faciaux, les tumeurs se rencontrant au fond de l'oreille interne.

4. — Les tumeurs peuvent être gliomateuses, tumeurs cérébrales, ou excroissances morbides, qui envahissent d'abord généralement l'œil, mais dans un cas décrit par Bruckner, qui était le résultat d'une chute sur le derrière de la tête, accompagné de surdité complète, vertige, et inflammation de l'oreille moyenne, tétement pulsatil, qui s'est terminé par la mort. La métamorphose graisseuse des organes de Corti ressemblant au sarcome du nerf auditif ainsi que Moos l'a décrit, la dégénérescence amyloïde du nerf auditif, décrite par Voltini, et les corpora amylacea trouvés dans les canaux semi-circulaires et décrits par Lucœ.

Dans le cas où on peut atteindre de pareilles excroissances la seule méthode heureuse de traitement consiste à les enlever de bonne heure par l'excision au couteau, évitant les dangers de l'hémorrhagie par l'usage de la ligature, le clamp, le thermo ou le galvano-cautère. L'enlèvement des os malades sera fait avec des pinces, la curette, le couteau tournant, la machine chirurgicale ou dentaire.

La méthode la plus importante de traitement consiste dans l'enlèvement de toute excroissance vasculaire ou polypoïde aussitôt que celle-ci est portée à la connaissance du chirurgien auriste. La ponction ou l'irritation des susdites tumeurs, au moyen d'aiguilles, petits couteaux ou de caustiques doit être évitée, car d'après notre

expérience, toute chirurgie tracassière ne tend qu'à les accroître à les irriter et peut transformer une excroissance bénigne à son origine en tumeur maligne. Le seul remède que nous ayons trouvé pour empêcher l'extension de ces tumeurs est une quelconque des préparations d'arsenic, et aucune n'a été si bien supportée que la vieille préparation de l'arsenite de potassium ou solution de Fowler, donnée à petites doses et continuée pendant longtemps.

M. Gellé. — Dans une intéressante communication sur la surdité sans lésions de l'oreille moyenne, constate combien il est délicat de reconnaître l'absence de lésions dans l'oreille moyenne, ou la présence de lésions limitées aux fenêtres ovale ou ronde. D'un autre côté, bien que la trilogie labyrinthique soit très caractéristique, il est reconnu que les phénomènes symptomatiques peuvent être en rapport avec des affections d'organes extra-labyrinthiques et même extra-auriculaires.

Dans l'oreille même, en dehors des cas où la soudure immobilise la platine de l'étrier, d'autres lésions peu appréciables et souvent inaperçues, peuvent amener les mêmes troubles; telles sont certaines scléroses avec enfonçures de la cloison lentement progressives avec ou sans rétraction du tendon du tenseur.

On ne peut conclure de la perte de l'audition par le crâne osseux à une lésion du contenu de l'oreille moyenne. La clinique montre à chaque instant l'audition persistante bien qu'affaiblie par la voie de l'air en même temps qu'on note la nullité de perception crânienne. De plus, cette perception reparaît fréquemment par l'enlèvement de la cause, bouchon de cire ou polype, ou abcès de la caisse, etc.

Mais si la paroi mobile du labyrinthe est raidie ou soudée, l'embarras est grand, l'ouïe est forcément atteinte gravement. Le liquide labyrinthique ne vibre qu'avec la platine de l'étrier mobile : supprimez cette transmission, tout est silence. Les grenouilles auxquelles on enlève le tympan fuient encore au bruit; mais enlevez-leur la columelle, et l'ouïe est totalement perdue! A quoi reconnaître que l'étrier se meut?

La platine de l'étrier, en rapport avec la chaîne conductrice, et aussi avec l'appareil d'accommodation est l'organe principal du passage du son. La fenêtre ronde et la rampe tympanique peuvent être comparées au punctum cœcum de l'œil.

Diagnostic de la mobilité de l'étrier. — Quand on injecte de l'air par la trompe et que le tympan est ainsi refoulé en dehors, la platine de l'étrier se trouve en même temps dégagée; et si l'audition était moindre, elle reparaît ou s'améliore sensiblement par la voie osseuse comme par la voie de l'air. Cette amélioration immédiate est démonstrative, et prouve bien que l'étrier s'est dégagé de la fossette ovale; mais l'absence de modification de l'audition ne prouve pas certainement que cet osselet est immobile, car si le nerf était paralysé, on n'aurait point d'autre résultat.

L'amélioration de l'audition qui succède à l'injection d'air dans la caisse est donc déjà un signe de mobilité de l'étrier et de la chaîne.

Lucœ, se basant sur ce fait d'observation expérimentale que les pressions faites sur le tympan se transmettent aussitôt au labyrinthe par la platine de l'étrier, exerce une compression énergique sur le méat auditif du sujet, et constate par ses effets sur le labyrinthe la mobilité de l'étrier. A l'état normal, on obtient ainsi l'assourdissement de l'audition pour le son de la montre ou du diapason, appliqués sur le front, mais jamais l'extinction complète du son; de plus, le sujet accuse souvent l'apparition d'un bourdonnement d'oreille.

Le labyrinthe est donc touché et les phénomènes d'origine labyrinthique sont modifiés. C'est ainsi que Lucœ provoque et constate les signes de la mobilité de l'étrier dans la fenêtre ovale, au moyen des modifications apportées par la pression sus-indiquée à un phénomène subjectif éprouvé par le patient.

Souvent, en effet, dans les cas pathologiques, la pression vigoureuse opérée sur le méat éteint le bourdonnement ou l'atténue, ou bien achève de faire disparaître la perception crânienne affaiblie, ou enfin rappelle les sensations vertigineuses.

Or, ceci n'a lieu que par la transmission par l'étrier

au labyrinthe de la pression digitale faite à l'orifice du conduit de l'oreille ; c'est donc bien un signe de la mobilité de l'étrier. Par malheur, il arrive trop souvent qu'il n'existe plus trace d'audition par la voie osseuse : de plus le sujet peut n'éprouver point de bourdonnements ni de vertiges ; de là, un usage fort restreint de ce signe très logiquement déduit du reste.

J'ai étendu son application de la façon suivante : 1° je supprime la pression sur le méat, laquelle est souvent douloureuse à cause de l'énergie exigée pour que l'action à distance sur le labyrinthe ait lieu, et aussi parce que cela donne naissance à des bruits musculaires ou articulaires amenant la confusion ;

2° Je remplace cette pression digitale par le dispositif suivant également simple et pratique, et qui donne des résultats plus nets :

Un tube de caoutchouc de 15 centimètres à peu près s'adapte d'un bout au bec de la poire à insuffler ordinaire, et de l'autre est introduit dans le conduit auditif externe où il est fixé hermétiquement.

Dès que le diapason en vibration est posé sur le tube, l'audition a lieu. Si l'on presse vivement alors la poire de caoutchouc, l'air se trouve condensé dans l'appareil, le tympan refoulé en dedans, ainsi que l'étrier, et le sujet annonce que le son baisse aussitôt ; et, si le son du diapason est très affaibli, la poussée l'éteint complètement.

La pression effectuée sur la poire à air doit être brusque et assez forte et non douce et graduelle. Le phénomène de la modification du son est alors très nettement perçu par le patient. Aussitôt que la pression cesse, le son reparaît ; et l'on peut ainsi répéter l'expérience à volonté chez l'individu et avec les mêmes résultats, grâce à l'élasticité naturelle des parties. La mobilité et l'élasticité des tissus et des organes auriculaires est donc ainsi mise en jeu et étudiée ; en même temps que le rôle de l'appareil d'accommodation et sa puissance protectrice apparaissent sans conteste dans cette petite expérience physiologique.

Ajoutons que cette manœuvre est inoffensive et complètement indolore. Au surplus, rien ne serait plus simple

que de constituer l'appareil susceptible de mesurer la pression opérée, et de l'indiquer sur un cadran. Jusqu'ici je me suis guidé d'après les essais faits sur moi-même ; et je sens très bien le degré de pression suffisante, que l'on cesse au reste dès que l'affaiblissement de l'audition est annoncée par le sujet, ou que la sensibilité est éveillée.

Si l'appareil de transmission est malade, les résultats de cette manœuvre sont tout différents; ils peuvent être prévus presque à priori, la raison physiologique des premiers étant connue. La clinique utilise ce moyen nouveau d'investigation avec un grand avantage. On peut d'abord admettre que toute oreille à laquelle les pressions de la poire à air font subir les intermittences d'audition dont nous parlons, possède sa mobilité et l'élasticité entière de la cloison tympanique et de la chaîne jusqu'à l'étrier; enfin, à l'état sain ces alternatives ne provoquent ni douleur, ni bourdonnement.

Ajoutons que les résultats sont tout à fait identiques quand on place le diapason sur le front (bosse frontale), au lieu de le poser sur le tube de caoutchouc.

Si le tympan est raidi, immobile, il ne se produit aucune modification.

S'il est au contraire mou et déprimé, il obéit trop vite à la poussée et le son se trouve éteint. Il peut se faire aussi en ce cas, que l'audition ne renaisse pas aussitôt la pression cessée, l'élasticité des parties étant perdue. Dans le cas de voussure énorme du tympan, sans immobilité cependant de cette membrane, un fait curieux à noter c'est l'absence complète d'action de la pression faite au moyen de la poire à air sur l'audition du sujet. C'est un signe d'immobilisation de l'étrier : car le tympan pouvant ici être relevé en dehors par la douche de Politzer, il n'y a pas soudure ni ankylose, mais seulement enfonçure extrême de tout l'organe de transmission : or, l'étrier ayant atteint ainsi la limite de sa course, reste immobile dans les poussées du dehors en dedans.

D'autres signes objectifs concourent du reste à l'élucidation du diagnostic en ce cas.

Chez certains malades l'opération provoque une cer-

taine douleur rapportée au fond du méat, à la membrane du tympan.

Chez d'autres, un bourdonnement prend naissance, ou augmente s'il existait déjà ; le bourdonnement est aigu et métallique (bruit de fer sur fer) ; il diminue ou cesse dès que la pression est finie : ce sont autant d'indices d'états anatomo-pathologiques du labyrinthe que les mouvements de la platine de l'étrier réveillent ou excitent.

La réaction du contenu labyrintique, sous l'influence du choc de l'étrier mû par la poire à air, est nulle à l'état sain avec une pression ordinaire ; mais dans l'état de sensibilité exagérée du nerf ou d'excitation pathologique, qu'elle qu'en soit la cause, il peut y avoir production de douleur, de bourdonnement sifflant (acouphènes) et même de vertiges spéciaux (vertige de Ménière provoqué mécaniquement).

La mobilité exagérée de l'appareil conducteur, son instabilité tiennent à deux causes : le ramollissement du tympan et celui des tendons des muscles tensor et surtout du stapedius. L'hypéresthésie est le fait de bien des états morbides locaux (labyrinthiques), ou centraux (bulbe, cervelet, etc.).

Avec cette manœuvre, on interroge donc le nerf labyrinthique, on agit sur lui, et l'on provoque sa réaction, comme on modifie l'audition. Nous avons dit que tant que l'étrier se meut, il y a possibilité d'audition ; au contraire, dès que l'immobilité existe, il y a abaissement de l'ouïe et même surdité complète.

J'ai essayé du moyen suivant pour étudier cette conductibilité de l'étrier et la rechercher dans ses limites extrêmes : *Expérience du téléphone à ficelle adapté à la tige conductrice ;*

Soit une tige d'ivoire cylindrique de 0,003 millimètres d'épaisseur et de 10 centimètres de longueur. Un des bouts reçoit l'attache de la ficelle du téléphone (15 à 20 centimètres), l'autre extrémité, arrondie et polie, est introduite franchement le long de la paroi supérieure du conduit auditif jusqu'au contact de l'apophyse externe du marteau (pôle supérieur du cadre tympanal). La pénétration est, en général, bien supportée et non doulou-

reuse, si l'on agit sans hésiter (il s'agit de cas chroniques) : d'une main, la tige est maintenue en place, couchée le long de la paroi supérieure du tuyau ; de l'autre, le téléphone est placé près de la bouche de l'opérateur qui parle dans l'instrument, en tendant le fil. On obtient ainsi l'audition nette de la parole ordinaire sur des sujets incapables d'ouïr le moindre mot hurlé à leurs oreilles, La pénétration du son acquiert par cette voie une vigueur extraordinaire, et l'exploration de la sensibilité acoustique est ainsi rendue plus active et porte beaucoup plus loin que par toutes les autres méthodes : la voie de propagation est directe.

Au lieu du téléphone, on peut appliquer sur la tige d'ivoire un diapason vibrant, et le son passe avec une netteté et une intensité remarquables : par ces deux procédés, l'étude de la capacité auditive est poussée aussi profondément que possible.

Le « sans lésion » cache donc bien des difficultés à résoudre.

Aussi bien n'est-ce pas d'un seul signe qu'il faut attendre la solution du problème !

Il est plus utile de grouper les signes en syndrômes classiques significatifs, caractérisant nettement l'état sain ou malade de l'organe de transmission de l'oreille.

Un sujet se présente avec de la surdité par la voie crânienne et par l'air, ou avec une audition aérienne fort restreinte ; de plus, il a du vertige et des bourdonnements d'oreille. L'aspect du tympan est à peu près normal ; l'endostocope s'élève de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, la circulation à l'air est facile par la déglutition et par Valsalva-épreuve ; l'auscultation objective ou transauriculaire est belle et nette.

La compression de Lucœ, modifiée par Gellé, cause ou diminue le bourdonnement, ou réveille le vertige, et assourdit davantage le sujet.

La douche d'air n'a pas modifié l'audition par voie crânienne ou autre, bien que le tympan ait été relevé.

Toute cette symptomatologie annonce nettement un accident labyrinthique et une oreille annexe sans lésion.

A ces signes, je puis aujourd'hui en joindre un nou-

veau, dont la valeur symptomatique me semble désormais bien assise : il indique sûrement un état pathologique de l'appareil de transmission : je veux parler du phénomène que j'ai appelé le *retard de l'accommodation*.

M. Knapp. — Rappelle un cas de perte de l'ouïe à la suite d'une attaque d'oreillons et il pense que beaucoup d'autres maladies peuvent affecter la partie molle du nerf auditif, telles sont la méningite cérébro-spinale et la syphilis.

M. Barr. — A classé avec soin les causes de surdité nerveuse en trois groupes; le premier renferme les affections de la caisse atteignant secondairement le nerf auditif, le deuxième la syphilis, et le troisième les troubles congestifs.

M. Knapp. — Rapporte quelques cas intéressants de perte de la vue et de l'ouïe à la suite de l'administration de la quinine; deux fois la lésion fut permanente.

Séance du vendredi 5 août.

M. le prof. A. Lucae (de Berlin). — Fait quelques remarques sur le diagnostic physique dans les cas de surdité avec un état sain de l'oreille externe et interne. La détermination exacte de l'état de l'oreille externe ou moyenne est obtenue difficilement. Même après que les divers moyens de diagnostic ont été épuisés, les parties saines en toute apparence, peuvent ne pas être parfaites au point de vue fonctionnel. Mais en supposant qu'elles soient saines, la détermination ordinaire de l'état de l'oreille interne, en plaçant un diapason sur le crâne, est un moyen insuffisant. Il peut exister des états qui causent une exagération pathologique de la perception du son.

L'épreuve de l'activité fonctionnelle est plus complètement déterminée en plaçant un diapason de ton bas (C), en face du méat (les vibrations de ce diapason cessaient d'être perçues par l'appareil acoustique, quand on le plaçait sur l'apophyse mastoïde), et on voit si les vibrations, non perçues sur l'apophyse mastoïde, sont perçues dans cette position. Plus est long le temps pendant lequel le diapason est entendu en face du méat, après qu'il a cessé d'être perçu à travers le mastoïde, plus est certaine l'exclusion de toute complication dans

l'appareil conducteur du son. Au contraire, si la note est entendue plus longtemps à l'apophyse mastoïde qu'audevant du méat, il existe un trouble dans l'appareil conducteur du son. Mais dans ce cas il existe une incertitude quant à l'existence concomitante d'une affection de l'oreille interne. Pour déterminer cela plus complètement, il est bon de se servir des diapasons C^4 et F^4, qui sont entendus relativement bien, même avec une affection considérable de l'appareil conducteur, mais très faiblement avec un trouble de l'appareil nerveux. Pour effectuer une détermination exacte, le temps, pendant lequel le diapason correspondant est entendu par le malade et l'observateur, sera comparé au moyen d'un chronoscope, la différence du temps en secondes indiquant le degré du trouble.

M. Stevens. — Dans un mémoire sur certains états morbides occasionnant la surdité par irritation réflexe arrive aux conclusions suivantes :

1. — Parmi les influences centripètes qui donnent naissance aux maladies nerveuses, on doit considérer comme très importante l'irritation que cause l'épuisement des nerfs qui règlent les muscles des yeux.

2. — Qu'une tendance héréditaire aux affections névrotiques peut être transmise par le sang avec un état anormal des yeux ou des parties accessoires.

3. — Que les maladies nerveuses et invétérées peuvent souvent être guéries par le seul procédé de corriger les défauts musculaires ou réfractifs. *(A suivre).*

Revue Bibliographique.

Des polypes de l'oreille (*Polipos-auriculares*).

Leçon clinique à l'Institut thérapeutique opératoire (Hôpital de la Princesse).

Par le docteur Ariza (1).

Le mot *polype*, dit l'auteur, est une expression impropre et routinière, comme beaucoup de celles que nous a léguées l'antiquité ; car le mot polype peut servir à désigner bien

(1) Imprenta José de Rojas, calle Tudescos, 34 principal, Madrid, 1881.

des tumeurs de nature dissemblable, aussi ces imperfections de langage nous mettent-elles dans la nécessité de définir tout d'abord ces sortes de productions morbides.

Les polypes de l'oreille sont des tumeurs faisant saillie dans le conduit auditif, et résultant d'une otite suppurée. Le polype de l'oreille diffère donc des autres tumeurs de ce genre en ce qu'il est toujours le produit d'une inflammation préexistante, théorie qui nous semble cependant encore discutable.

Il lui faut, pour se développer, une surface ulcérée où il prend naissance, pendant que se forment dans son tissu les vaisseaux, papilles et ganglions, et à sa surface l'épithélium, qui lui donnent une vie indépendante, propre et spéciale.

Les symptômes du polypes de l'oreille sont : La sensation de plénitude, les bourdonnements d'oreille, la surdité, les douleurs névralgiques de l'oreille qui s'irradient vers le côté de la tête, les vertiges, les syncopes et les nausées. L'otorrhée, compagne inséparable du polype, devra surtout attirer notre attention, et la probabilité que possède l'écoulement d'annoncer un polype, se convertit en certitude quand apparaît un écoulement sanguin par l'oreille.

Les polypes de l'oreille peuvent être de forme, de consistance, de coloration et d'un volume variable, faisant parfois saillie à l'extérieur du conduit auditif ; mais une notion importante à acquérir, lorsque l'on a reconnu l'existence de ce néoplasme est son point exact d'implantation, notion d'autant plus difficile à avoir, que si le polype est volumineux, le stylet ne peut être introduit entre la tumeur et la paroi du conduit, ces sortes d'attouchements étant du reste très douloureux.

Le traitement consiste simplement dans l'extirpation, car toutes les autres méthodes préconisées jusqu'à ce jour sont incertaines. L'opération peut se pratiquer de deux manières : par ligature ou excision.

Il est incontestable qu'avec le polypotome de Wilde, plus ou moins modifié, on excise la tumeur, mais on ne l'enlève jamais entièrement, et M. le docteur Ariza préfère se servir des pinces de Pomeroy et des pinces spéciales qui lui ont toujours donné d'excellents résultats, l'auteur ne nous dit pas s'il a pu, sans employer d'astrin-

gents ou l'alcool, préconisé récemment par Politzer, éviter les récidives des polypes opérés par l'une des méthodes qu'il a indiquées, mais il insiste sur la nécessité de guérir l'otorrhée, cause première de la tumeur.

En terminant, l'auteur expose le résultat de ses recherches micrographiques faites avec les docteurs Guttierez et Rodriguez, sur le mode de formation et le développement des polypes de l'oreille, faisant suivre ces explications de deux dessins représentant la structure histologique des tumeurs soumises à leur examen.

Manuel de laryngoscopie et des maladies de la gorge (*Throat Diseases and the laryngoscope*).

Par le docteur DOUGLAS-HEMMING (1).

L'auteur de ce manuel désire surtout faire un livre destiné aux praticiens en général, et dans lequel il veut donner les principales notions concernant les affections de la gorge et le maniement du laryngoscope et du rhinoscope. Il ne peut entrer dans de longues discussions et il se borne, avec raison, à renvoyer les lecteurs désireux d'avoir un traité plus complet, à l'ouvrage récemment publié par M. Morell-Mackensie sur ce même sujet (2) et par son collègue, M. Lennox-Browne.

Le premier chapitre est consacré à la description de divers instruments employés pour pratiquer l'examen du larynx et du nez.

Dans le deuxième, il passe en revue la pathologie générale des affections gutturales pour arriver ensuite à formuler les indications générales de traitement local ; il décrit alors avec beaucoup de soin les douches nasales faites, soit avec le siphon, soit avec la seringue, les inhalations, insuf-

(1) Churchill, New-Burlington str., Londres 1881.

(2) L'ouvrage du Dr Morell-Mackensie, formant un véritable traité *complet* des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée, paraîtra sous peu, édité en France, grâce à MM. E.-J. Moure et F. Bertier, qui ont bien voulu en faire la traduction et y joindre de nombreuses annotations.

flations, gargarismes, les pastilles et topiques appliqués sur les points malades à l'aide d'éponge, de pinceaux ou de ouate et il termine ce troisième chapitre par l'exposé de diverses opérations pratiquées sur ces parties délicates.

Dans les quatrième et cinquième chapitres, il étudie successivement les maladies de la cavité naso-pharyngienne du pharynx, des amygdales et de la luette, pour arriver ensuite à l'exposé des affections de l'organe vocal, telles que la laryngite catarrhale aiguë et chronique, l'œdème de la glotte, la laryngite tuberculeuse, la syphilis laryngée, les périchondrites, tumeurs, névrose et corps étrangers du larynx. En traitant de chacune de ces affections en particulier, l'auteur fait avec soin un exposé de causes, des symptômes et du traitement de ces différentes maladies, consacrant à la fin de son travail un chapitre spécial à l'étude de la diphthérie. La plupart des descriptions sont accompagnées de figures représentant, soit les différents instruments employés pour pratiquer l'examen du larynx ou du nez, soit la reproduction des cas les plus intéressants ou les plus typiques observés par l'auteur.

En résumé, ainsi que le fait observer M. Douglas-Hemming, son travail, qui ne vise point à l'originalité, a surtout été fait pour les médecins désireux d'avoir les quelques notions laryngoscopiques indispensables à tout praticien sérieux.

A. D.

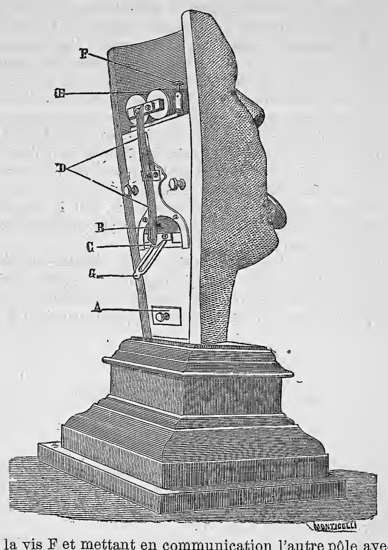
LARYNGO-FANTOME

Du docteur C. Labus (de Milan).

L'appareil représente la moitié antérieure d'une tête avec la bouche, le pharynx et le larynx modelés au naturel dans la position voulue pour les opérations de chirurgie laryngoscopique.

La région de la glotte est construite de telle manière qu'elle peut s'ouvrir postérieurement (voir la figure, lettre A) pour placer sur les vraies cordes vocales et y fixer un morceau de papier ou autre chose qui figure un corps étranger, un polype, etc. La paroi rétro-pharyngienne a

une soupape B qui reste soulevée lorsqu'un crochet C, dont elle est munie dans sa paroi postérieure, est retenu par un grillet D. Ce grillet peut être déplacé par un électro-aimant E dont l'hélice a un bout qui se perd dans les parois de la gorge qui sont en métal, et l'autre qui finit à une vis F. Unissant un des pôles d'une pile électrique



à la vis F et mettant en communication l'autre pôle avec l'instrument dont on veut se servir pour opérer, il arrive que chaque fois que, par erreur, l'on touche avec l'instrument dans les parois de la gorge, le circuit électrique se ferme, l'électro-aimant fonctionne et attire le grillet ;

alors la soupape n'étant plus retenue par celui-ci, tombe dans la cavité pharyngienne, poussée par un ressort, et, se plaçant entre le petit miroir laryngoscopique et le larynx, empêche ainsi la vue du champ opératoire, de manière que l'on ne peut plus accomplir l'opération que l'on s'était proposé, et l'on est obligé de retirer l'instrument et de remettre en place la soupape ; ce qui se fait en appuyant sur le levier G.

Revue de la Presse

Convulsions épileptiformes symptomatiques de cérumen durci du conduit auditif externe avec myringite consécutive. — D... P..,, 23 ans, sapeur au 23e bataillon de chasseurs à pied, est conduit à l'hôpital le 9 juin 1881 (salle Saint-Alexis, nº 19). Son admission avait été faite pour une attaque épileptiforme qui, la veille, avait duré deux heures environ, mais dont il ne restait déjà plus aucune trace saisissable. Cet homme avait toute l'apparence de la santé, et il n'avait en réalité à accuser aucune souffrance. Depuis six mois, il avait un peu de surdité et les deux conduits auditifs, le gauche surtout, étaient jusqu'à l'orifice remplis par une masse noirâtre durcie de cérumen concrété. La masse était si dure que je crus devoir la ramollir superficiellement avec des instillations de glycérine, avant de l'expulser au moyen d'injections.

En deux jours le nettoyage fut complet et je pus examiner l'oreille moyenne. Le tympan était de chaque côté le siège de désordres graves.

A gauche : tout le tiers profond du conduit auditif était vivement coloré et vascularisé ; la vascularisation arrivait jusqu'au tympan et l'envahissait même dans une grande étendue ; un gros vaisseau accompagnait le manche du marteau et s'épanouissait en ramifications dans la zone supérieure. Ce gros vaisseau partait de la portion inférieure du cercle tympanal et divisait la membrane en deux parties, l'une antérieure plus petite, l'autre postérieure. De chaque côté de cette cloison, le tympan se montrait transparent dans la moitié inférieure, tandis que toute la zone supé-

rieure dans laquelle j'ai signalé la vascularisation était opaque, rosée, manifestement épaissie et fibreuse. Le long du gros vaisseau, et en dehors, le manche du marteau était visible dans toute sa longueur presque aussi nettement que par son apophyse externe. Sur tout le pourtour, le conduit auditif boursouflé enchâssait pour ainsi dire la membrane dans un cercle très vasculaire. Il y avait donc là une myringite très étendue avec ramolissement du tympan.

A droite : les lésions étaient un peu moins considérables, en ce sens qu'à la partie inférieure on apercevait à peu près le triangle lumineux, que l'ombilic se voyait aussi et que la partie transparente était plus grande. Mais, de ce côté aussi, on voyait très nettement le manche du marteau et même la saillie de l'étrier ; le manche du marteau était aussi accompagné d'un gros pinceau vasculaire qui s'épanouissait dans la zone supérieure également rosée et épaque. En somme, même lésion que de l'autre côté, mais un peu moins prononcée cependant.

Le redressement de la membrane pouvait se faire de chaque côté, mais l'affaissement se reproduisait aussitôt qu'on cessait l'injection d'air.

Après cet exposé de l'état des oreilles, je n'ai pas besoin de dire que l'enlèvement du cerumen ne donna qu'un médiocre soulagement et qu'il y aurait eu beaucoup à faire pour rendre à cet homme de bonnes oreilles. Pour lui, il était satisfait, il entendait mieux, les bruits continus existaient toujours, mais le bruit intermittent de détente ne se produisait plus, il n'avait plus de vertige. Je quittai le service vers le 20 juin, avant d'avoir pu traiter la myringite, et j'ai appris que le malade avait, peu de jours après, demandé à rejoindre son corps.

De ce qui précède et des symptômes présentés par le malade, il m'est donc permis d'inférer que le cérumen était immédiatement accolé à la membrane du tympan et que ce contact avait secondairement donné lieu à la myringite, et à ses symptômes fonctionnels.

Voilà donc expliquées les lésions de l'oreille. De leur constatation ressort le mécanisme de l'accident convulsif du 8 juin, et mon observation est dès lors semblable à toutes celles de troubles auriculaires réflexes qui appartiennent maintenant aux faits classiques. En effet les accidents ner-

veux d'origine auriculaire, sous quelque forme qu'ils se présentent, vertiges ou crises épileptiformes, sont produits par une compression sur le labyrinthe, laquelle est transmise depuis le tympan jusqu'à la fenêtre ovale par la chaîne des osselets. Mais pour que cette transmission se fasse, une condition est nécessaire ; c'est que le tympan soit détruit ou qu'il s'efface devant la pression, ce qui revient au même.

Chez mon malade, il y avait un ramollissement considérable du tympan, surtout à gauche ; il y avait incontestablement, en outre, de la rigidité des articulations de la chaîne, les bruits subjectifs continus en font foi et c'est, du reste, une complication à peu près inévitable de l'inflammation chronique du tympan. Par conséquent, le tympan devait céder devant une compression de dehors en dedans et la chaîne rigide devait transmettre intégralement cette pression au labyrinthe.

Gellé cite une observation analogue et il n'admet pas d'autre interprétation, il termine par la considération suivante : « L'action du corps étranger n'eût pas eu le retentissement observé sur le labyrinthe sans l'existence simultanée d'un ramollissement tympanique. »

Me voici à couvert pour ce qui est de l'explication mécanique.

Maintenant, d'où est venue la pression ? Je ne puis faire qu'une supposition, puisque mon malade n'avait reçu aucun coup, qu'il n'a éprouvé aucune douleur prémonitoire ; mais il n'est pas téméraire de penser que dans l'un des mouvements brusques auxquels cet homme se livrait en jouant avec ses camarades, la masse de cérumen a été déplacée, qu'elle s'est enfoncée en poussant au-devant d'elle le tympan.

Dans bien des cas il a suffi, pour produire un résultat identique, d'une cause encore moins importante, un mouvement de déglutition, par exemple. (*Journ. de méd. de la Haute-Vienne. — Paris-Médical*, 5 novembre 1881.)

Cas grave de spasme du larynx chez un enfant, par le docteur Cordon Morrill. — Un enfant de neuf mois, possédant tous les attributs d'un tempérament scrofuleux, paraissait atteint depuis deux jours d'une laryngite catarrhale, quand,

le 24 janvier 1880, il éprouve subitement des symptômes d'asphyxie. Appelé en toute hâte auprès de lui, le docteur Cordon Morrill constate la pâleur des téguments, la faiblesse du pouls et des troubles respiratoires consistant dans un arrêt de la respiration, suivi d'une reprise convulsive des mouvements respiratoires ; chaque accès convulsif se terminait par une inspiration profonde que le malade faisait avec effort. De chaque côté du cou, il existait du gonflement glandulaire sans fluctuation manifeste. On pratique l'incision de cette tumeur du côté gauche et l'issue de sang et de pus amène la cessation des accidents. Deux jours après, la même opération est pratiquée avec succès du côté opposé. Pour l'auteur, les accidents spasmodiques étaient le résultat à la fois de la compression directe du larynx et du nerf laryngé récurrent. (*The Boston med. and surg. journ.*, 29 février, 1881, n° 8, vol. civ. — *Paris Médical*, 12 nov. 1881).

La Pilocarpine dans les affections auriculaires causées par le tabac, par le docteur Giovanni Longhi. — L'auteur montre que le tabac peut devenir la cause de diverses affections auriculaires, et étudie le traitement qu'il convient d'instituer. Il rapporte les succès obtenus par l'emploi du picrate de pilocarpine en instillations auriculaires externes, en injections intra-tympaniques, en injections hypodermiques, ou par l'infusion de joborandi à l'intérieur dans la période atrophique des maladies auriculaires des fumeurs.

Voici deux observations des plus intéressantes :

Obs. I. — Juillet 1878. Le nommé S. G. (de Turin), officier dans l'armée, souffre depuis deux ans de bourdonnements d'oreille et de diminution de l'ouïe des deux oreilles; nul antécédent, aucune diathèse, excellente santé habituelle, rien qui puisse expliquer l'affection auriculaire. Depuis trois ou quatre ans cependant, sensation de sécheresse de gosier le matin, fréquentes amygdalites, traitées par des gargarismes astringents.

Actuellement, surdité prononcée avec bruit de pluie alternant avec des sifflements ; le malade avoue qu'il est un fumeur effréné de cigares dits *Cavour*.

Examen. — Pharynx rougé pâle, luette très allongée en pointe, déviée un peu à gauche ; les piliers du voile du palais cachent des amydales à surface irrégulière, les

trompes d'Eustache sont perméables, mais le passage de l'air par le cathétérisme s'effectue d'abord difficilement. La membrane du tympan, de chaque côté, est pâle, déprimée ; les battements d'une montre ne sont pas entendus même lorsqu'il y a contact avec le crâne ; la sensibilité tactile et la douleur des conduits auditifs est presque nulle.

Le diagnostic fut : otite hyperplasique avec ankylose de la chaîne des osselets et atrophie consécutive, progressive, des parties molles de l'oreille par abus du tabac.

Pronostic réservé.

Traitement institué : abandon du tabac, douche d'air dans la caisse, iodure de potassium, applications électriques. Une légère amélioration fut obtenue, mais la rigidité de la chaîne des osselets persistait, la vascularisation des membranes ne se prononçait pas davantage.

En septembre, la perforation des membranes fut pratiquée ; une incision verticale de trois millimètres fut faite et les bords des lambeaux touchés avec le nitrate d'argent ; une otite aiguë de chaque côté survint le lendemain.

Pus peu abondant et de bonne qualité ; les membranes restent divisées ; elles sont injectées, très sensibles au toucher.

Légère amélioration : vers le septième jour, les battements d'une montre sont entendus à huit centimètres du pavillon et les bruits intra-auriculaires sont moins persistants ; mais, vers le dix-huitième jour, cicatrisation de la membrane droite, et, vers le vingt-et-unième, cicatrisation de la gauche. L'ouïe diminue ; audition à trois centimètres du pavillon. Douches d'air, injections d'iodure de potassium, sans succès. Un mois après l'opération, le malade se trouvait dans le même état ; surdité complète ; toutefois les bruits et sifflements sont moins persistants.

Obs. II. — R. G. (de Milan), 37 ans, fume et mâche du tabac. Depuis plusieurs mois, sécheresse du gosier, difficulté d'avaler ; céphalalgie fréquente, douleur d'oreilles avec bruits sibilants ; bientôt écoulement de pus à droite ; aucune diathèse. Examen dans les premiers jours d'août : écoulement de pus fétide par l'oreille droite ; membrane du tympan gonflée, œdématiée, rouge vif, détruite dans le quart postéro-inférieur ; la muqueuse de la caisse est injectée et boursouflée, la muqueuse nasale est rouge ; la trompe d'Eus-

tache est obstruée. A gauche, la membrane du tympan est pâle, déprimée; surdité, même lorsqu'on met la montre en contact avec le crâne.

Diagnostic. — Otite moyenne droite avec perforation de membrane du tympan, ankylose de la chaîne des osselets, et commencement d'atrophie des parties molles à gauche, par l'abus du tabac. Gargarisme au chlorate de potasse tous les jours; traitement de Bezold, avec l'acide borique. L'écoulement diminue et disparaît peu à peu; à ce moment, emploi de l'iodoforme pour modifier la muqueuse; audition à quinze centimètres du pavillon.

A gauche, dès le début, cathétérisme, douches, injections intra-tympaniques, tous les trois jours, d'une solution de muriate de pilocarpine, et instillation tous les jours dans le conduit auditif de la même solution. Au bout d'un mois, le tympan gauche est plus coloré, plus mobile, les rumeurs sont plus rares, le malade n'éprouve ni otalgie, ni céphalie; audition à quelques centimètres. Le traitement ayant été suspendu un mois, malgré l'abandon de tabac, les phénomènes morbides réapparaissent; le traitement repris, sans l'usage de la pilocarpine, le malade n'éprouve pas d'améliorations. On revient alors à la pilocarpine qui amène peu à peu une guérison durable; en décembre 1880, le malade peut se dire guéri. Le traitement continue cependant. (*Gazette méd. ital. lomb.* février 1881. *Gazette médicale de Paris*).

Ligne différentielle des fausses membranes diphthéritiques et des catarrhales, par le docteur DE ALBERTIS. — Le docteur de Albertis, en traitant les fausses membranes non diphthéritiques par l'acide sulfurique, a obtenu des cristaux insolubles dans l'éther, l'alcool absolu, solubles dans les alcalis et qui peuvent être considérés comme des cristaux de tyrosine.

Rien de semblable avec les membranes diphthéritiques. L'auteur déduit de ses expériences les conclusions suivantes :

1° La fausse membrane diphthéritique a une composition chimique différente de celle de la fausse membrane inflammatoire;

2° Elle ne renferme pas de composés aromatiques comme la tyrosine;

3° L'action exercée par l'acide sulfurique et l'examen mi-

croscopique suffisent pour établir la nature d'une fausse membrane. (*Bullet. delle scienze mediche*, juillet 1881. — *Gazette Médicale de Paris* 5 novembre, 1881.)

Un caillou enlevé de la bronche droite par une ouverture trachéale. — Le docteur Clément Lucas rapporte devant la Société pathologique de Londres (séance du 15 novembre 1881) l'observation d'un enfant de 4 ans qui avala un caillou en s'amusant, et fut pris aussitôt de toux et de dyspnée violente qui disparut ensuite ; mais depuis cette époque, il éprouvait au moins deux fois par jour, des accès de toux et de dyspnée pendant lesquels la face bleuissait et les veines du cou se gonflaient. Lorsque le docteur Lucas le vit, pour la première fois, le 14 juillet 1881 à « Guy's hospital » la respiration était difficile et l'auscultation révélait la présence de râles dans la bronche droite, la toux était rauque, violente et n'amenait aucune expectoration. On pratiqua alors l'ouverture de la trachée, et pendant l'opération on dut pratiquer la respiration artificielle pour ranimer l'enfant qui s'asphyxiait. Ayant ensuite passé un fil dans les lèvres de la plaie, on maintint ces dernières écartées, en penchant l'enfant en avant et en lui frappant dans le dos. Le corps étranger ne bougea qu'au moment où l'on remit de nouveau l'enfant sur le dos, mais à ce moment un violent accès de toux permit de l'apercevoir. Deux ou trois fois les mouvements d'inspiration le firent redescendre, mais on parvint enfin à le saisir avec des pinces. Il avait le volume d'un noyau de cerise. L'enfant fut ensuite mis au lit, et, le 4 août, il quittait l'hôpital guéri.

M. Lucas fait observer que la trachéotomie est à peu près le seul traitement à essayer en pareil cas, puisque l'on ne peut espérer que le corps étranger repasse à travers la fente glottique dont les bords sont enflammés.

Laissé sans traitement la mort est la terminaison fatale de l'accident. L'auteur pense en outre que les fils passés dans les lèvres de la plaie, sont préférables à toutes sortes d'écarteurs. (*Brit. méd. journ.* 19 novembre 1881.)

Sarcome plexiforme de la partie postérieure du pharynx. — La patiente, une femme de quarante-huit ans, se plaignait depuis deux ans d'une gêne croissante de la déglutition. L'examen laryngoscopique révéla la présence d'un petit gonflement blanchâtre, cachant en partie l'ouverture du

larynx. On sentait la tumeur au dehors et les ganglions sous-maxillaires étaient tuméfiés. Après avoir fait des vains efforts pour extraire la tumeur par la bouche, Billroth, pratiqua la pharyngotomie, divisant le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage. La tumeur insérée sur la partie postérieure du pharynx, par un pédicule ayant environ l'épaisseur d'une plume, fut excisée et la plaie suturée, l'opérateur ayant eu le soin, avant de refermer la plaie, d'extirper tout les ganglions engorgés.

La réunion se fit par première intention.

La tumeur, qui mesurait 4 centimètres de long, 2 de large et un et demi d'épaisseur, était composée en grande partie d'épithélium cylindrique en voie de développement. Une coupe des vaisseaux capillaires qu'elle contenait, montra un endothélium en voie de prolifération et des amas de cellules épars, comme dans le cancer. (*Wien. méd. Wochensch.* Juillet. 2. 1881.)

Suppositoires contre l'eczéma des fosses nasales. — Neumann conseille ce moyen contre l'eczéma des fosses nasales :

Acide tannique............ 90 centig.
Beurre de cacao........... 5 gr.

Faire avec cette formule suppositoires.

On peut remplacer le tannin par le même poids d'oxyde de zinc. Ces suppositoires sont destinés à combattre l'eczéma, quand il se propage aux fosses nasales. — La pommade de goudron ou à l'huile de cade : 15 grammes pour 30 d'axonge ou de cold-cream est infiniment préférable. (*Paris médical*, 11 août 1881, p. 256, et *Revue de thérapeut.*, 23 oct. 1881.)

Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, à la suite de la fièvre typhoïde, par le Dr Weber. — Le malade de Weber avait présenté dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, une tuméfaction douloureuse de la moitié droite du larynx, accompagnée d'une dyspnée si violente qu'on dut pratiquer la trachéotomie pour prévenir l'asphyxie. Le malade parlait sans difficulté, mais il ne pouvait respirer sans le secours de la canule trachéale. Environ huit semaines après, on dilata la plaie et l'introduction d'une bougie fit reconnaître qu'il n'y avait de rétrécissement de la trachée ni au-dessus, ni au-dessous de l'orifice. A l'examen laryngoscopique, on constatait tous les signes de la paralysie des muscles crico-aryténoïdiens

postérieurs et ce diagnostic fut confirmé par l'autopsie. Le malade succomba, en effet, avec tous les signes d'une broncho-pneumonie, après avoir eu un frisson violent suivi d'une dyspnée intense et d'œdème de la face.

La paralysie des muscles crico-aryténoïdiens était manifestement due à la compression exercée sur leurs nerfs par des foyers purulents qui s'étaient formés autour du larynx. (*Berlin, Klin, Wockens.*, n° 29, et *Gaz. Méd. de Paris*, 23 juillet 1881.)

Herpès du larynx, par le Dr Beregszaski (*Scienze mediche*). — L'auteur expose avec beaucoup de détails, la forme symptomatique et les résultats de l'examen laryngoscopique de cette maladie.

En même temps que les manifestations d'une inflammation plus ou moins intense de la muqueuse laryngée et des altérations de la voix, par suite de l'occlusion imparfaite des cordes vocales, on trouve la surface du larynx recouverte d'un exsudat sous forme de flocons de couleur rouge foncé de la dimension d'une petite lentille, à un grain de millet. Au bout de deux ou trois jours on voit apparaître des vésicules qui s'ouvrent, en laissant des solutions de continuité en forme d'érosions ou de petits ulcères. Ces vésicules font éruption à des intervalles variés, on peut observer chez le même sujet toutes les phases de la même éruption.

L'apparition simultanée des manifestations herpétiques sur la langue, sur les lèvres et le pharynx se montrant quelquefois, facilite le diagnostic.

Comme phénomène subjectif, l'auteur indique une sensation de douleur pendant la déglutition et la phonation ; comme une sensation de pression et de brûlure dans la gorge.

Le malade guérit ordinairement sans aucune médication. C'est ce qui rend nécessaire l'exactitude du diagnostic pour éviter la confusion possible avec une autre maladie, comme la syphilis, par exemple, qui exige un traitement spécial. (*Rev. méd. franc. et étrang.*, 20 août 1881.)

Ouvrages déposés au bureau du journal :

Considérations sur la Trompe d'Eustache, par les Docteurs C. Miot et J. Baratoux.

Le Furoncle de l'oreille et la Furonculose, par le Docteur Lœwenberg (seront analysés).

TABLE DES AUTEURS

TOME I

1880-1881

TABLE DES MATIÈRES

U

V